

Este formulario ha sido aprobado por la Corte Suprema de Illinois y todas las cortes de circuito de Illinois están obligadas a aceptarlo.

<p><b>Instrucciones</b> ▼</p> <p>Marque la casilla a la derecha, si corresponde.</p> <p>En el espacio debajo de "Apelación a la corte de apelación de Illinois", ponga el número del distrito de apelación donde va a presentar la apelación, y el condado de la corte de circuito.</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>ESTA APELACIÓN ES SOBRE CUSTODIA DE LOS HIJOS, ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES, ADOPCIÓN, TERMINACIÓN DE LOS DERECHOS DE PATERNIDAD U OTRO ASUNTO QUE AFECTA EL MEJOR INTERÉS DE UN MENOR.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>APELACIÓN A LA CORTE DE APELACIÓN DE ILLINOIS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISTRITO DE _____</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DE LA CORTE DE CIRCUITO DEL CONDADO DE _____</b></p>	
<p>Ponga los nombres de las partes tal como aparecen en la orden de la corte de circuito que está apelando.</p>	<p><b>Solo para información.</b></p> <p><b>Demandante / Peticionario</b> (Nombre de pila, segundo nombre, apellido) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Apelante</b>      <input type="checkbox"/> <b>Apelado</b></p> <p>vs.</p> <p><b>Demandado</b> (Nombre de pila, segundo nombre, apellido) _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Apelante</b>      <input type="checkbox"/> <b>Apelado</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Caso de la corte de primera instancia núm.:</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Honorable</b> _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Juez a cargo.</b></p>
<p>La persona que presentó la apelación es el "apelante" y la persona que responde a la apelación es el "apelado". Marque la casilla que corresponde para cada persona.</p>		
<p>En el extremo derecho, ponga el número de caso de la corte de circuito y el nombre del juez de primera instancia.</p>		

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CUOTAS DE LA CORTE (CORTE DE APELACIÓN)**

Conforme a la Regla 298 de la Corte Suprema de Illinois y 735 ILCS 5/5-105, declaro:

<p>En <b>1a</b>, escriba su nombre completo. Si está llenando este formulario en nombre de un menor de edad o adulto incapaz, proporcione la información sobre él.</p>
<p>En <b>1b</b>, solo escriba el año en que nació. <b>NO</b> ponga su fecha de nacimiento completa.</p>
<p>En <b>1c</b>, escriba su dirección actual completa:</p>

**1. Proporciono la siguiente información sobre mí:**

- a. Nombre: **Solo para información.** \_\_\_\_\_  
Nombre de pila                      Segundo nombre                      Apellido
- b. Año de nacimiento: \_\_\_\_\_
- c. Dirección, calle y número: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_
- d. No puedo pagar las cuotas de la corte para este caso.
- e. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

En **2**, si está actualmente en la cárcel, adjunte una copia de su registro de fondo fiduciario de recluso de los últimos 6 meses o su *Solicitud* será rechazada.

**2. Estoy encarcelado actualmente.**  Sí  No Si sí, número de recluso \_\_\_\_\_

**Si sí, adjunte una copia de mi registro de fondo de fideicomiso de recluso de los últimos seis (6) meses.**

**\*\*Si respondió que “Sí” en la sección 2, salte la sección 3, 4 y 5, y firme el formulario.\*\***

En **3a**, ponga la cantidad de personas de al menos 18 años de edad que viven en su casa y a quienes mantiene. “Mantener” quiere decir que las personas dependen económicamente de usted.

**3. Proporciono la siguiente información sobre las personas que viven conmigo:**

- a. Mantengo a \_\_\_\_\_ adultos (*sin contarme a mí*) que viven conmigo.  
 b. Mantengo a \_\_\_\_\_ hijos menores de 18 años de edad que viven conmigo.

En **3b**, ponga la cantidad de personas menores de 18 años de edad que viven en su casa y a quienes mantiene.

**4. He recibido 1 o más de los beneficios indicados a continuación en las últimas 4 semanas:**

Sí  No

- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (No el Seguro Social)
- Ayuda para Personas de Edad Avanzada, Ciegos o Discapacitados (AABD)
- Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- Ayuda Estatal para Niños y Familias
- Cupones de Alimentos (SNAP)
- Ayuda General (GA)
- Ayuda de Transición

En **4**, marque “Sí” si ha recibido por lo menos 1 de los beneficios indicados en las últimas 4 semanas.

**\*\*Si respondió que “Sí” en la sección 4, salte la sección 5 y firme el formulario.\*\***

Si marcó “Sí” en **4**, salte el punto **5** y firme el formulario.

**5. Marque “No” en la sección 4, así que proporciono la siguiente información financiera:**

a. He solicitado 1 o más de los beneficios indicados en la sección 4:

Sí  No

b. Recibo la siguiente cantidad de dinero todos los meses. Esto incluye a la gente a quien mantengo y que vive conmigo. (*marque todas las respuestas que correspondan*)

Mi empleo: \$ \_\_\_\_\_  Empleo de otras personas: \$ \_\_\_\_\_

Manutención de los hijos: \$ \_\_\_\_\_  Seguro Social (no SSI): \$ \_\_\_\_\_

Pensión: \$ \_\_\_\_\_  Desempleo: \$ \_\_\_\_\_

Otros (*indique tipo y cantidad*): \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

No tuve ingresos

Dinero total recibido: \$ \_\_\_\_\_

En **5a**, marque “Sí” si ha solicitado por lo menos 1 de los beneficios indicados en la sección 4.

En **5b**, marque la casilla para el tipo de dinero que ha recibido el mes pasado. También ingrese el monto bruto (antes de pagar impuestos) para cada tipo. Incluya el dinero recibido por la gente a quien mantiene y que vive con usted. “Mantener” quiere decir que las personas dependen económicamente de usted.

En **5c**, marque todos los gastos que tuvo el mes pasado e indique el monto mensual. Incluya los gastos de la gente a quien mantiene y que vive con usted.

- c. Mis gastos mensuales actuales se indican a continuación. Esto incluye los gastos mensuales de la gente a quien mantengo y que vive conmigo. *(marque todas las respuestas que correspondan)*
- Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Hipoteca de la casa: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Otra hipoteca: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Servicios públicos: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Comida: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Gastos médicos: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Préstamo del carro: \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Otros *(indique tipo y cantidad)*: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes
- No tengo gastos
- Gastos totales: \$ \_\_\_\_\_

En **5d**, marque todos los bienes que tenga y ponga el valor de cada uno. Incluya los bienes de la gente a quien mantiene y que vive con usted.

- d. Tengo los bienes que se indican a continuación. Esto incluye los bienes de la gente a quien mantengo y que vive conmigo. *(marque todas las respuestas que correspondan)*
- Cuentas bancarias y efectivo total: \$ \_\_\_\_\_
- Mi casa, que vale: \$ \_\_\_\_\_
- El total que debo por la hipoteca de mi casa es: \$ \_\_\_\_\_
- Otra propiedad inmueble, sin contar la casa donde vivo, que vale: \$ \_\_\_\_\_
- El total que debo por mi otra hipoteca es: \$ \_\_\_\_\_
- Valor del 1er vehículo: \$ \_\_\_\_\_ El 1er vehículo está pagado:  Sí  No
- Valor del 2º vehículo: \$ \_\_\_\_\_ El 2º vehículo está pagado:  Sí  No
- Otro *(indique el bien y su valor)*: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- Ninguno de los anteriores

Si es dueño de una propiedad inmueble, incluya todo lo que debe por la hipoteca.

Bajo el Código de Procedimiento Civil, [735 ILCS 5/1-109](#), si declara algo en este formulario sabiendo que es falso, estará cometiendo perjurio, que es un delito grave de clase 3.

**Certifico que todo el contenido de esta *Solicitud de exención de cuotas de la corte (Corte de Apelación) (Application for Waiver of Court Fees (Appellate Court))* es veraz y correcto. Comprendo que una declaración falsa en este formulario es perjurio y puede ser castigada tal como lo dispone la ley bajo 735 ILCS 5/1-109.**

**Solo para información.**

La persona que llenó este formulario tiene que firmarlo.

Su firma \_\_\_\_\_

Dirección, calle y número \_\_\_\_\_

Su nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Si está llenando este formulario para un menor de edad o adulto incompetente, indique su parentesco.

Parentesco con el menor o adulto incompetente *(si corresponde)* \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_